UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1934-1935. — N° 65

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SYPHILIS TERTIAIRE DU COL DE L'UTÉRUS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 17 décembre 1934

PAR

Jacques-Marie-Louis BRUYANT

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à VAUDEMANGES (Marne), le 21 février 1910

Examinateurs de la Thèse :

MM. GUYOT, professeur..... *Président.*

PAPIN, professeur.....

LOUBAT, agrégé..... *Juges.*

JOULIA, agrégé.....

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1934

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1934-1935. — N° 65

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA SYPHILIS TERTIAIRE DU COL DE L'UTÉRUS

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le lundi 17 décembre 1934

PAR

Jacques-Marie-Louis BRUYANT

Élève du Service de Santé de la Marine

Né à VAUDEMANGES (Marne), le 21 février 1910

Examinateurs de la Thèse :

MM. GUYOT, professeur..... *Président.*

PAPIN, professeur.....

LOUBAT, agrégé..... *Juges.*

JOULIA, agrégé.....

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

6, Place Saint-Christoly

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. MAURIAC.

ASSESSEUR : M. GUYOT.

DOYEN HONORAIRE : M. SIGALAS.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, SELLIER, BEILLE, CASSAËT, CHAVANNAZ, PACHON

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	AUBERTIN.
Clinique chirurgicale	BÉGOUIN.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
Clinique chirurgicale et gynécologique	GUYOT.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales	CARLES.	Clinique méd. des maladies des enfants	CRUCHET.
Clinique d'accouchements	ANDÉRODIAS.	Chimie biologique et médicale	DELAUNAY.
Anatomie pathol. et microscopie clinique	SABRAZÈS.	Physique médicale et pharmaceutique	SIGALAS.
Anatomie	VILLEMIN.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUIL.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY
Médecine légale et déontologie	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée	LABAT.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie	CREYX.
Pharmacie	DUPOUY.	Clinique dentaire	CAVALIÉ.

MM. LACOSTE (Histologie). PERY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). PAPIN (Chirurgie générale). R. SIGALAS (Parasitologie et sciences naturelles). JEANNENEY (Chirurgie générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale	CHARRIER.
id.	DUFOUR.	id.	LOUBAT.
Physiologie	FABRE.	Obstétrique	RIVIÈRE.
Médecine générale	DAMADE.	Ophtalmologie	BEAUVIEUX.
id.	PIÉCHAUD.	Physique médicale	WANGERMEZ
id.	DELMAS-MARSALET.	Dermatologie et syphiligraphie	JOULIA.
id.	DE GRAILLY.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	FONTAN.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.		MM.
Médecine opératoire	PAPIN.	Puériculture	FAUGÈRE.
Physiologie	FABRE.	Pharmacie chimique	VITTE.
Pathologie médicale	DELMAS-MARSALET.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Accouchements	PERY.		

Ophtalmologie . . . . . MM. CABANNES (en congé).
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. N.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MON GRAND-PERE PATERNEL

IN MEMORIAM

A MA GRAND-MERE PATERNELLE

ET A MES PARENTS

Faible témoignage de mon infinie tendresse et de ma reconnaissance.

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE DOCTEUR CERY

Médecin Commandant de la Réserve,
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

En reconnaissance de l'intérêt qu'il n'a cessé de me témoigner au cours de mes études. En hommage à une longue carrière médicale toute de dévouement et de haute conscience professionnelle, qui sera pour moi un constant exemple.

A MES AMIS

A MES MAITRES

DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A MES PROFESSEURS DE L'ECOLE PRINCIPALE

DU SERVICE DE SANTE DE LA MARINE

ET DES TROUPES COLONIALES

A MES PROFESSEURS

DE L'ECOLE ANNEXE DE BREST

A MES CAMARADES

DE L'ECOLE PRINCIPALE DU SERVICE DE SANTE

DE LA MARINE ET DES TROUPES COLONIALES

A MES JUGES

A Monsieur le Médecin Général CAZAMIAN

Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine et des Troupes coloniales,

Officier de la Légion d'honneur,

Officier de l'Instruction publique.

A Monsieur le Médecin en Chef BRUN

Sous-Directeur de l'Ecole principale du Service de Santé de la Marine et des Troupes coloniales,

Officier de la Légion d'honneur.

Croix de guerre,

Officier de l'Instruction publique

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur J. GUYOT

Professeur de Clinique chirurgicale et gynécologique,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-André,
Membre correspondant de la Société de Chirurgie de Paris,
Vice-Président de la Société française de Gynécologie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Avec nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous fit en acceptant la présidence de cette thèse et pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

AVANT-PROPOS

Au moment de débuter dans la carrière médicale, qu'il nous soit permis d'exprimer nos sentiments de reconnaissance respectueuse à l'égard de tous nos Maîtres de la Faculté de médecine et des hôpitaux bordelais.

Notre premier sentiment de gratitude va à M. le Professeur Guyot, qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse. Nous n'oublierons pas ses leçons magistrales, claires et précises, qui nous ont initié à la gynécologie et nous l'ont fait aimer. Qu'il soit assuré que nous garderons le souvenir de sa paternelle sollicitude.

M. le Professeur Petges et M. le Professeur agrégé Joulia ne nous ont pas ménagé leur aide précieuse. Nous tenons à les en remercier vivement.

Nous ne pouvons prétendre faire œuvre originale au sujet de la syphilis tertiaire du col de l'utérus, mais nous voudrions condenser et mettre au point cette question, qui, si elle a fait dans ces dernières années l'objet de travaux isolés, n'a inspiré, à notre connaissance, aucun travail d'ensemble récent.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

SYPHILIS TERTIAIRE

DU COL DE L'UTÉRUS

INTRODUCTION

C'est du point de vue gynécologique principalement que nous nous proposons d'étudier dans ce travail la syphilis tertiaire du col de l'utérus.

Après un essai de classification anatomo-pathologique et de description schématique des lésions syphilitiques tertiaires du col utérin, description au cours de laquelle nous serons amené à discuter quelles sont les relations qui, au niveau du col utérin, unissent la syphilis et le cancer, nous envisagerons surtout le diagnostic différentiel entre certaines formes, assez rares à vrai dire, de la syphilis tertiaire du col et les affections infiniment plus fréquentes, en particulier le cancer du col utérin.

Nous chercherons à donner quelques règles pratiques et précises, susceptibles de conduire au diagnostic souvent insoupçonné qu'est celui de la syphilis tertiaire de l'utérus, et nous publierons, pour illustrer nos dires, quelques observations.

CHAPITRE PREMIER

GENERALITES — CLASSIFICATION

I. — *Généralités.*

Tous les gynécologues et syphiligraphes s'accordent à dire que les manifestations tertiaires de la syphilis sur le col utérin sont de constatation rare.

Ceux qui se sont intéressés à la question et ont publié des observations personnelles n'ont pu souvent, au cours d'une longue carrière, réunir que quelques cas au maximum. Des gynécologues et syphiligraphes expérimentés nous ont déclaré avoir vu, certes, maints chancres du col et maintes lésions secondaires, mais ne pouvoir se souvenir d'une syphilis tertiaire.

Malgré nos recherches, nous n'avons pu trouver dans les hôpitaux bordelais, dans des services aussi importants que sont ceux de MM. les Professeurs Guyot et Petges et de M. le Professeur agrégé Joulia, qu'une seule observation que nous devons à la bienveillance de M. le Professeur agrégé Joulia.

Une autre preuve de cette constatation rare est le silence que gardent les traités classiques à l'endroit des accidents tertiaires du col. Tout au plus, certains lui consacrent-ils quelques lignes, et J.-J. Puente donne comme raison d'être à son article : *La syphilis du col de l'utérus* (*Bollita Societa de ostetrica y gynecologia*, IX, 16 juill. 1930) le désir qu'il éprouve de combler cette lacune.

Il semble bien, cependant, que cette affection soit beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense habituellement et qu'elle passe inaperçue la plupart du temps.

Cela tient à trois raisons essentielles : D'abord l'indolence complète des lésions tertiaires du col, ensuite l'absence très fréquente de signes fonctionnels attirant obligatoirement l'attention de la malade. Comme corollaire des deux propositions précédentes, la découverte de la syphilis tertiaire du col est tout à fait occasionnelle. On ne la constatera qu'à l'occasion d'une affection concomitante des voies génito-urinaires qui aura amené la malade à consulter, ou lors d'un examen systématique au spéculum, comme c'est le cas par exemple pour les prostituées.

La troisième raison, enfin, est que la lésion une fois découverte ne présentant aucun signe pathognomonique faisant obligatoirement penser à la syphilis tertiaire et permettant de l'affirmer, mais simulant, en général, des affections de fréquence infiniment plus grande, telles que le cancer ou la métrite parenchymateuse, le diagnostic le plus ordinaire vient à l'esprit du praticien.

Il faut voir là, certainement, l'origine de quelques hystérectomies malheureuses et l'explication de survies remarquablement prolongées après ces opérations pour néo du col.

En admettant même qu'on pense à la syphilis tertiaire, il n'est pas toujours aisé d'en faire cliniquement la preuve. Les examens sérologiques, comme nous le verrons, ne sont pas d'une aide fort efficace, de même que l'examen anatomo-pathologique n'est pas toujours absolument probant.

« Il faut donc faire appel à ce juge en dernier ressort qu'est le traitement antisyphilitique » (Laffont), faute de quoi on soupçonne la syphilis tertiaire sans en avoir la preuve.

En résumé, on peut répéter, à propos de la syphilis tertiaire du col de l'utérus, ce que disait, à propos de la syphilis utérine en général, le Professeur Audry :

« Si on s'y tenait seulement (à ce qui a été vu et décrit à ce sujet), on conclurait assez facilement, comme je l'ai fait moi-même bien longtemps, que la syphilis utérine existe assurément, mais qu'elle est en somme exceptionnelle. A mon avis, au contraire, la syphilis utérine est très fréquente,

très importante et complètement méconnue. Elle est complètement méconnue parce qu'elle n'a pas de symptômes propres ou que nous ne les avons pas encore discernés. »

L'âge des malades est variable. Il semble bien que, si l'on met à part les cas de syphilis tertiaire congénitale du col utérin, les cas limites soient ceux de Mouratow, qui rapporte l'observation d'une femme de 23 ans qui a présenté des accidents tertiaires cinq ans après une syphilis contractée « a marito », et de Spinelli, qui a vu une malade de 57 ans. Entre ces deux cas extrêmes, tous les âges intermédiaires peuvent s'observer. C'est ainsi que nos observations portent sur des femmes âgées de 26, 30, 34, 35, 38, 42 et 53 ans. En somme, la syphilis tertiaire du col se voit surtout alors que l'utérus est en pleine activité fonctionnelle.

On a cherché des raisons à la localisation sur le col des accidents tertiaires spécifiques. Si l'on est d'accord pour dire que les affections utérines antérieures (métrites, cervicites, petits traumatismes répétés dus au coït, petits fibromes du col utérin, etc.) jouent un rôle d'appel, de fixation de la lésion, en constituant des « loci minoris resistanciæ » à la localisation de l'infection syphilitique générale, il n'en reste pas moins vrai que la cause initiale nous échappe. Nous n'insisterons pas sur cette question, qui est d'ordre général et se pose à propos de chaque organe.

II. — *Classification.*

Pour Ricord et Fournier, les lésions tertiaires du col utérin consistent exclusivement en syphilides ulcéreuses (Fournier).

Barthélemy admet :

une forme ulcéreuse;
une forme gommeuse.

Franceschini décrit :

la syphilis ulcéreuse du col;
la leucoplasie du col.

Il passe sous silence les gommes cependant mises en évidence par Barthélemy, et, s'il parle à propos du corps utérin d'angio-sclérose syphilitique tardive, il reste par contre muet en ce qui concerne le col.

Laffont, enfin, propose :

la forme ulcéro-gommeuse;
la forme leucoplasique;
la forme scléreuse.

Ozenne s'inspire de la classification précédente, mais sépare nettement la forme ulcéreuse de la forme gommeuse et divise la syphilis tertiaire du col en :

forme ulcéreuse;
forme gommeuse;
forme leucoplasique;
forme scléreuse.

J.-J. Puente propose, à son tour, de classer comme il suit ces lésions :

I. Formes typiques de syphilis, c'est-à-dire formes gommeuses :

a) gomme isolée;
b) gomme ulcérée;
c) infiltration gommeuse;

II. Formes considérées comme séquelles de syphilis :

d) leucoplasie;
e) sclérose.

On voit donc peu à peu se compléter, mais aussi se compliquer, la classification de la syphilis tertiaire du col, paral-

lèlement au nombre d'observations recueillies. Les premiers auteurs, discutant sur quelques cas seulement, ne pouvaient prétendre, en effet, à établir une véritable classification.

En ce qui nous concerne, nous préférons la classification de Puente, non pas parce qu'elle est la plus récente et apparemment la plus complète, mais parce qu'il nous semble judicieux de séparer et même d'opposer aux gommes, manifestations sans conteste syphilitiques, manifestations à caractère évolutif, présentant souvent quelques signes fonctionnels, les leucoplasies et les scléroses, dont l'origine syphilitique, si elle est en général admise aujourd'hui, fait encore l'objet de discussions, dont l'évolution est très lente ou fixée et le silence fonctionnel complet.

Mais nous ajouterons à cette classification la forme ulcéreuse proprement dite, qu'il ne faut pas confondre, nous le verrons, avec la gomme ulcérée.

Nous proposerons donc un essai de classification qui n'est autre que celle de Puente modifiée.

I. Formes typiques de syphilis :

A. Forme ulcéreuse;
B. Formes gommeuses :

a) gomme isolée;
b) gomme ulcérée;
c) infiltration gommeuse;

II. Formes considérées comme séquelles de syphilis :

A. Leucoplasie;
B. Sclérose.

CHAPITRE II

FORMES ANATOMO-CLINIQUES

I. — *Formes typiques de syphilis.*

A. — Forme ulcéreuse.

Elle est connue depuis longtemps. Déjà Troncin la signale en 1857. Puis Mollière, de Lyon, en observe quelques cas et rapporte une observation dans laquelle la lésion ulcéreuse simulait un cancer. La notion de spécificité lui fut inspirée seulement par l'action curative du traitement mercuriel.

Cette forme est la seule remarquée et décrite par Fournier : « Plusieurs moulages représentant, à l'Hôpital Saint-Louis, dit Laffont, des syphilides ulcéreuses du col. »

Bien que classées dans les manifestations tertiaires du col, Ozenne fait bien remarquer « qu'elles se montrent à une époque plus précoce que les ulcères gommeux, méritant ainsi le nom d'accidents de transition, accidents secondo-tertiaires, ou accidents de la période initiale tertiaire ».

Cette apparition précoce est le premier caractère qui les distingue des ulcères gommeux.

Au point de vue situation, ces ulcérations siègent soit au centre même du museau de tanche, ou bien occupent les portions excentriques du col. « Sur les nombreux moulages que nous avons sous les yeux, écrit Barthélemy, les deux tiers occupent le centre du col et s'étendent sur les deux

lèvres; un tiers affecte une des deux lèvres, ou une zone de l'une d'elles, ou enfin une région quelconque éloignée du centre. »

Certaines se prolongent et se perdent dans la cavité cervicale (observations de Franceschini), d'autres empiètent sur la surface vaginale du col.

Ces ulcérations sont variables dans leurs dimensions, qui vont de 50 centimes (obs. II) à 1 franc, et même davantage.

Les bords se présentent soit sous une forme circulaire et ovoïde qui ne peut faire préjuger en rien de la nature de la lésion, soit sous une forme demi-cerclée en fer à cheval, en C majuscule, configuration qui rappelle celle de certaines ulcérations vulvaires et qui doit faire fortement soupçonner la lésion spécifique. Ils sont, en général, nettement dessinés et réguliers, à peine surélevés (obs. II) : « Les bords, remarquables par leur régularité, n'étaient ni décollés, ni déchiquetés, et se continuaient directement avec les tissus environnants. » Ceci est la règle, et l'ulcération est, en général, de plain-pied avec les tissus voisins.

Il se peut cependant, dans des cas plus rares, que ces bords soient plus ou moins irréguliers, déchiquetés, festonnés et même taillés à pic.

« La coloration de semblables lésions, dit Laffont, est assez variable selon les cas; ordinairement d'un rouge vif, avec un piqueté de points jaunâtres ou grisâtres (obs. I), elle peut passer plus rarement au rouge sombre et violacé. Enfin, plus rarement elle est blanche ou d'un jaune sale et se détache nettement de la coloration des parties avoisinantes.

» Le fond peut être le siège d'une coloration toujours peu abondante ou bien il est tapissé par une couenne pseudo-membraneuse, diphtéroïde et recouvert d'un bourbillon jaunâtre. Quand il est détergé, il se présente sous l'aspect lisse et luisant. »

Généralement on ne trouve qu'une seule de ces ulcéra-

tions sur le col. De rares observations en signalent deux (Obs. I).

Fournier insiste sur le fait qu'il n'y a pas de réaction inflammatoire des tissus voisins, contrairement à ce qui se passe dans les lésions ulcéreuses d'autre origine.

Le col peut garder son volume primitif, mais être le siège d'une induration sous-jacente à l'ulcération, cette induration pouvant déterminer un certain degré d'hypertrophie totale.

En résumé, cette description montre que l'ulcération syphilitique tertiaire peut revêtir de nombreux aspects, aucun de ses caractères n'étant ni constant ni pathognomonique.

B. — Formes gommeuses.

On en possède d'assez nombreuses observations. Elles entrent dans le cadre général des gommes syphilitiques banales et ne diffèrent des autres gommes muqueuses et sous-muqueuses que par leur situation sur le col et quelques caractères histologiques.

a) Gommes isolées. — « Ce sont, disent Gellhorn et Ehrenfest, de petites tumeurs solides, dures, résistantes, qui émergent de la profondeur en soulevant la muqueuse à leur niveau. Elles sont rondes, hémisphériques ou en forme de nodule aplati. Leur volume varie d'un noyau de cerise à une amande; elles peuvent être uniques, mais il y a des observations qui en indiquent plusieurs sur les deux lèvres, contournant parfois l'orifice du col. »

Comme toute gomme syphilitique, ces productions sont absolument indolores, n'entraînent aucune réaction inflammatoire et n'attirent l'attention par aucun phénomène fonctionnel.

« Si, écrit Ozenne, on fait un examen microscopique de ces gommes à cette première période, on constate qu'il diffère de l'examen des gommes du tissu sous-cutané, dans lesquelles la prolifération du tissu conjonctif est souvent très

active : au col, dit Brioude, de même que dans le corps utérin, cette prolifération est peu abondante, la substance intercellulaire augmente : les cellules conservent le caractère fusiforme ou stelliforme du tissu conjonctif ou bien elles prennent la forme arrondie propre aux cellules de granulation. Ensuite, elles deviennent granuleuses, et c'est ainsi que se forme la nodosité sèche et jeune. »

L'évolution de ces gommes est différente selon qu'elles sont soumises ou non au traitement spécifique. Dans le premier cas, elles se résorbent petit à petit, et un traitement bien conduit doit amener, en une quinzaine de jours, une notable diminution de volume, mais la résorption complète est assez lente. Dans le second cas, après plusieurs semaines, « la nécrobiose périphérique progressive qui se produit au milieu du granulome inflammatoire arrive un moment à la surface libre, et on a alors le type de gomme ulcérée » (J.-J. Puente).

b) Gommes ulcérées. — « La gomme ulcérée (dit encore J.-J. Puente) est limitée, circonscrite, excavée, à bords taillés à pic, à fond rugueux, jaunâtre ou gris lardacé. Tout le processus est surélevé par rapport au reste de la muqueuse voisine. Elle est entourée d'une zone rénitente plus ou moins étendue et reposant sur un tissu infiltré, induré. »

Ces gommes ulcérées sont souvent la cause d'un petit catarrhe muco-sanguinolent, très peu teinté de sang; parfois, si une infection secondaire entre en jeu, l'écoulement, presque toujours discret, est muco-purulent et sanguinolent.

A la suite de frottements, on verrait se produire de véritables petites hémorragies (Lagneau, Duparcque, Spinelli, Barthélemy, Ozenne, Hoffmann).

Cette simple description montre la différence qui existe entre la forme ulcéreuse, d'une part, et l'ulcération gommeuse, d'autre part :

La première est beaucoup plus précoce dans son apparition. C'est un accident secondo-tertiaire, il est primitif et ne

succède à aucune gomme, contrairement à la seconde, qui est un accident tertiaire, aboutissant normal d'une gomme isolée.

Tandis que la forme ulcéreuse présente des bords à peine surélevés, de plain-pied avec les tissus voisins et ne repose pas, sauf exceptions, sur un tissu induré, l'ulcération gommeuse a des bords taillés à pic; tout le processus est surélevé par rapport au reste de la muqueuse qui l'entoure; sa base, enfin, est indurée et infiltrée.

Seule, la couleur variable et mal définie de ces lésions peut prêter à confusion.

D'ailleurs, si nous avons insisté au point de vue didactique sur les éléments d'individualité propres à chacune de ces formes, nous reconnaissons bien volontiers que le diagnostic de la forme exacte importe peu et que seul compte, à cause de l'indication thérapeutique qui en découle, celui de la nature spécifique de la lésion.

c) Infiltration gommeuse. — Le processus gommeux, au lieu d'être circonscrit, envahit le col en partie ou en totalité. On conçoit dès lors qu'il soit modifié dans son volume, sa forme et sa consistance.

Dans le cas de Montanier et Velpeau, le col atteignait le volume d'une tête de fœtus de six mois. Selon que l'infiltration prédomine sur l'une ou l'autre lèvre ou qu'elle est localisée uniquement sur l'une d'elles, on imagine les différentes formes que peut prendre le col, la partie infiltrée étant épaissie et augmentée de volume (obs. III et IV).

« Parfois, la tumeur est végétante ou papillomateuse sans s'ulcérer. » (Barthélemy *in* Laffont.)

Un cas de Gellhorn montre une syphilis maligne qui revêt en deux mois l'aspect d'un chou-fleur infiltrant tout le paramètre.

La coloration de la muqueuse reste sensiblement la même, à moins qu'elle ne devienne un peu plus foncée.

Aucun signe fonctionnel n'attire l'attention sur cette forme.

L'infiltration gommeuse peut être confondue avec la variété sclérose hypertrophique.

II. — *Formes considérées comme séquelles de la syphilis.*

A. — Leucoplasie.

Zeller appelait cette leucoplasie le lichen du col utérin. Elle était baptisée psoriasis du col par d'autres.

Il nous faudrait, tout d'abord, montrer ici la nature syphilitique, encore quelquefois discutée de cette lésion et, par là, prouver qu'elle trouve sa place dans ce travail. Nous devrions ensuite étudier son historique et sa fréquence. Ces trois paragraphes seront traités au chapitre *Syphilis tertiaire du col et cancer*, et nous commencerons par la description de cette leucoplasie.

La leucoplasie est primitive ou secondaire. Dans ce dernier cas elle apparaît sur le col à la suite de manifestations syphilitiques secondaires, à une époque plus ou moins éloignée de ces dernières. Quoi qu'il en soit, son aspect anatomo-clinique est le même, et nous empruntons à Mériel la description de la leucoplasie primitive :

« D'après la lecture des différentes observations, il semble que ce soit sur la lèvre postérieure du col que se localise habituellement la lésion. Dans un seul cas, Verdalle a vu la plaque occuper la lèvre antérieure.

» Les dimensions sont très variables, depuis la grandeur d'une lentille jusqu'à celle d'une pièce de 2 francs (Verdalle). La grandeur la plus fréquemment observée est celle d'une pièce de 50 centimes.

» Le nombre est variable, tantôt la plaque est unique, tantôt il y en a deux, nous n'avons pas vu dans nos observations de nombre supérieur à ce dernier. La couleur signalée par tous les auteurs est le « blanc grisâtre », parfois blanc nacré, à reflets bleutés ». Et cette coloration donne au col utérin l'aspect si bien décrit par Franceschini :

« ... On observe, dit-il, des zones faites d'un tissu blanchâtre, nacré, argenté, luisant, localisé sur le museau de tanche. Le col apparaît blanchâtre, fendillé, muriforme et tel qu'il rappelle la langue scrotale. Au toucher, il est dur, ridé ou rugueux, chagriné, légèrement bosselé... Dans les formes légères ou initiales, elle peut offrir l'aspect d'un utérus pâle et rugueux au lieu d'un utérus leucoplasique. »

Cette description répond, sans doute, à ce que certains auteurs (Puente) ont appelé la forme leucoplasique hyperkératosique, leucoplasie à nappes épaissies, striées, kératosiques, plus ou moins considérables, séparées entre elles par des sillons dans certains cas assez profonds; au toucher, la surface est sèche et rude.

A cette forme, ils opposent la forme leucoplasique simple, où les plaques sont lisses, finement striées, à bords sinueux, bien délimités.

Ces plaques de leucoplasie sont, selon les cas, plus ou moins adhérentes à la muqueuse sous-jacente.

« Il doit y avoir, dit Mériel, avant le stade de leucokératose fixée, un stade de leucoplasie adhérente (Obs. V). Nous avons vu tout d'abord que la plaque pouvait s'enlever sans trop de difficultés, mais, un mois plus tard, son adhérence était telle que toute tentative était impossible (obs. V).

» La muqueuse avoisinante est cancérifiée ou simplement luisante et rouge. A ce niveau, la muqueuse n'étant pas papillaire, il n'y a pas le changement d'aspect qu'on observe à la langue, où l'on voit autour de la leucokératose un large placard lisse. Il se passe au niveau du col ce qui se passe au niveau de la muqueuse jugale, où l'épithélium est très peu papillaire et où le processus ne peut donc pas s'accompagner d'atrophie papillaire. »

Histologiquement, « le corps muqueux de Malpighi se trouve hypertrophié (acanthosis) avec des bourgeons papillaires très développés et pénétrant profondément dans le chorion. La couche cornée est épaisse. On ne trouve pas d'images nucléaires (kératose); au-dessous d'elle, l'extrait

granuleux montre des cellules pleines de granules de kératohyaline et d'éléïdine » (Puente). En somme, c'est ce que Jayle et Bender résument en disant que ces lésions « se caractérisent par de l'hyperacanthose, de l'hypergranulose et de l'hyperkératose ». Et ils ajoutent : « l'un de ces trois caractères... peut manquer ou, au contraire, prendre une importance telle que les autres se trouvent relégués au second plan. Ces variantes résultent probablement de la plus ou moins grande ancienneté des lésions. »

La marche de l'affection est chronique, progressive et très lente, et ne se manifeste par aucun signe fonctionnel.

B. — Forme scléreuse.

Elle a été appelée également hypertrophie syphilitique du col par Rollet, et simplement syphilome diffus par d'autres auteurs.

Son origine syphilitique est généralement admise.

Les travaux de Putegnat, Charleoni, Chiava, Martinetti et surtout de Doléris, en 1884, en ont précisé la pathogénie, le processus et les conséquences. Puis la question a été reprise et étudiée surtout par les accoucheurs, en raison des dystocies causées par ces scléroses syphilitiques.

Toutes les manifestations syphilitiques, qu'elles soient primaires, secondaires ou tertiaires, sont capables d'engendrer à leur suite une sclérose qui peut apparaître de bonne heure et avoir une marche rapide. « C'est ainsi qu'elle a été observée peu de temps après la cicatrisation du chancre, au dixième mois de l'infection ou dans le cours de la seconde année. » (Ozenne.) Blanc (*in* Laffont) cite un cas où l'évolution morbide a été suivie sans interruption depuis la localisation primitive de la syphilis sur le col *jusqu'à l'induration consécutive du col*, « la rigidité due au chancre spécifique ayant laissé après la guérison de celui-ci une induration profonde et persistante du col. »

Mais cette forme scléreuse est surtout consécutive aux accidents secondaires; elle fait suite souvent aux lésions ulcéro-gommeuses.

Elle peut aussi se constituer d'emblée sans aucune lésion du col préexistante. « Par suite de lésions des vaisseaux sanguins et lymphatiques ainsi que du tissu conjonctif interstitiel, mais sans antériorité de lésion ulcéreuse. » (Barthélemy.)

Par là, la sclérose du col utérin entre dans le cadre général des scléroses syphilitiques par artérite.

Qu'elle soit primitive ou secondaire à des lésions spécifiques locales, les auteurs (Martin, Laffont, Ozenne) distinguent deux phases à son évolution :

Une phase hypertrophique, où le col est envahi soit en totalité, soit en partie par un foyer unique ou par des îlots disséminés. La régularité de l'envahissement, son volume et le siège des parties atteintes conditionnent évidemment la morphologie du col.

« Si, dit Ozenne, le col est entièrement envahi, il est d'abord le siège d'une hypertrophie résultant du processus inflammatoire des premiers temps. Cette hypertrophie donne la sensation d'une masse, ou infiniment régulière, ou plus accentuée dans sa partie antérieure, au point de donner au col l'aspect d'un bouchon de champagne, comme dans le cas de métrite parenchymateuse. Sa consistance est celle d'une induration élastique à peu près indolente, quoique la muqueuse ait pris une teinte foncée, bleuâtre, ardoisée, comme dans quelques inflammations chroniques, où elle conserve de la sensibilité.

» Dans la seconde éventualité : production d'îlots et de foyers par place, l'hypertrophie est moins prononcée que dans le cas précédent.

» Après avoir acquis un notable développement, cette hypertrophie s'arrête dans son évolution; elle ne subit aucune modification pendant un laps de temps qu'on évalue à plusieurs années, puis la maladie entre dans sa seconde phase, qui est caractérisée par l'atrophie, stade définitif de l'affection, pouvant se prolonger de nombreuses années. C'est alors que le col perd peu à peu de son ampleur : il se

rapetisse, se déforme, prend une coloration d'un blanc mat, en même temps qu'il diminue de poids et augmente de consistance; son tissu s'est transformé en un tissu d'aspect fibreux, qui est devenu de plus en plus dur, sec et compact : atrophie et induration sont deux caractères presque pathognomoniques de la dégénérescence scléreuse. »

Si la description du syndrome sclérose syphilitique du col utérin a été faite plusieurs fois, la lecture des travaux qui lui ont été consacrés nous inspire la même remarque qu'à Puente : Dans les cas appartenant au groupe de la période tertiaire, on a confondu les aspects que prend le col au moment d'activité du chancre ou des syphilides secondaires.

CHAPITRE III

SYPHILIS TERTIAIRE DU COL ET CANCER

La syphilis tertiaire du col peut-elle précéder l'apparition d'un cancer du col?

Les cas d'ulcérations syphilitiques auxquelles succèdent des néoplasmes doivent être très rares. Nous n'en avons trouvé qu'un seul cas (obs. X).

Les observations de gommes à la suite desquelles sont apparus des cancers du col sont plus nombreuses : le recensement en a été fait par Touraine, qui cite les cas de Langenbeck, de Neumann, de Krœmer (1897), de Franceschini (2 cas, 1906), Ozenne (1920), Gellhorn et Ehrenfest (1921). Nous ajouterons l'observation de Gellhorn (obs. VII).

Spanton, Feewich et Parson ont vu le cancer se développer sur la cicatrice d'une gomme.

Ces faits entrent dans le groupe de ce qu'Audry a appelé les cancers « sursyphilitiques » et ne semblent pouvoir être mis en doute.

Voyons maintenant quelles sont les relations qui unissent la leucoplasie et le cancer.

Tout d'abord la leucoplasie du col utérin est-elle d'origine syphilitique?

Nous n'aurons en vue ici que la leucoplasie primitive.

Cette question n'est pas éclaircie scientifiquement par Laffont, qui se contente, avec Franceschini, de raisonner par analogie et de dire :

« La localisation de la syphilis secondaire sur le col de l'utérus peut laisser à sa suite, tout comme c'est la règle pour la bouche ou pour la vulve, une leucoplasie. » Ce fai-

sant, il ne démontre que la nature sursyphilitique de la leucoplasie secondaire. Quant à la leucoplasie primitive, il admet, sans la démontrer, sa nature spécifique et insiste surtout dans sa pathogénie sur le rôle des irritations locales.

Le petit nombre d'observations de leucoplasie du col publiées jusqu'alors ne permettait pas à Laffont de s'appuyer sur des chiffres.

Ozenne raisonne également par analogie, admet la nature syphilitique de la leucoplasie et fait des réserves : « Tout ce qu'on peut dire, c'est qu'il y a une relation entre les deux affections dans la majorité des cas, peut-être 90 p. 100, mais on doit supposer que d'autres causes peuvent agir par elles-mêmes » (leucorrhée, malpropreté, en général toutes causes irritatives).

Puente cite trois observations où la leucoplasie coexiste avec une syphilis ancienne (six, cinq, huit ans), mais il lui paraît prématuré de conclure.

Mériel donne des arguments plus précis sur la nature de la leucoplasie « sursyphilitique » (Audry). « L'analyse des faits, dit-il, semble bien démontrer que la leucokératose s'est développée chez des syphilitiques.

» Verdalle, dans une observation de leucoplasie du col utérin, signale la syphilis dans les antécédents. Il existait depuis très longtemps deux plaques de leucoplasie sur chaque lèvre du col. Jamais on n'avait appliqué de caustique ou de cautérisation à ce niveau.

» Dans un cas de Letulle et Jayle, on notait une leucoplasie nette, mais la syphilis était douteuse, au dire des auteurs.

» Jayle, dans un cas de leucoplasie étendue à la vulve, au vagin et à l'utérus, ne signale aucun antécédent; cependant, dans l'histoire de la maladie, il relève cinq avortements dont il ne recherche pas la cause.

» Carranza rapporte un autre cas de leucoplasie du col utérin chez une femme syphilitique avec B.-W. positif.

» Enfin, l'observation prise dans le service du Professeur

Audry (obs. V) montre une leucokératose circonscrite chez une femme à B.-W. positif. »

Touraine, récemment, dit avoir vu à l'Hôpital Broca deux cas de leucoplasie chez des syphilitiques. Sur 29 observations recueillies, il a pu mettre en évidence la syphilis 19 fois (66 p. 100), presque toujours avec les seules ressources de l'anamnèse.

Dans quelques cas (Suquet, Carranza, Mériel), la clinique était muette, mais le B.-W. fortement positif.

Si l'on considère que l'anamnèse est souvent négative, que les malades, se sachant vérolées, sont souvent réticentes ou bien qu'elles ignorent tout simplement leur maladie; si l'on songe que le B.-W. est souvent négatif ou douteux dans les vieilles syphilis, dont l'activité clinique n'est cependant pas éteinte, on peut penser que le pourcentage des leucoplasies se développant chez des syphilitiques est encore plus élevé que ne le feraient croire des faits rigoureux.

Néanmoins, il ne faut pas éliminer dans l'étiologie de ces leucoplasies le rôle joué par les irritations chroniques (cervicites, coïts répétés, injections d'antiseptiques forts, cautérisation au Filhos). Il semble bien que si ce sont des causes adjuvantes certaines, elles ne peuvent être, à elles seules, rendues responsables de la leucoplasie.

On a voulu faire de la rareté des cas de leucoplasie du col, comparée à la fréquence des femmes syphilitiques, un argument en faveur de sa nature non spécifique. Qu'il nous suffise de rappeler le polymorphisme des manifestations syphilitiques : tout syphilitique n'est pas obligatoirement tabétique, toute syphilis ne se traduit pas forcément par une gomme. Est-ce à dire que le tabes et les gommes ne soient pas des accidents essentiellement syphilitiques ? Nous montrerons d'ailleurs que la leucoplasie est beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense habituellement.

Il semble donc qu'on puisse conclure, avec Mériel, qu'il existe une leucoplasie pure du col de l'utérus tout à fait semblable à celle de la langue et sursyphilitique.

La leucoplasie peut-elle dégénérer en cancer ?

La première objection qui a été faite s'inspire de la disproportion de nombre qui existe entre la leucoplasie, affection dite rare, et les cas nombreux de cancers du col utérin.

Ceci nous amène à étudier la fréquence de la leucoplasie du col utérin.

Les cas initiaux et classiques sont ceux de Zeller (1888), de Piering (1887), concernant des leucoplasies étendues au col et au corps utérin.

Hotmann de Villiers et Thérèse la voient localisée au col en 1896. Verdalle en observe trois cas à Paris en 1903. En 1905 et 1906, Jayle et Bender rapportent trois faits personnels. Franceschini publie quelques observations en 1906. Laffont fait le recensement de ces cas et en conclut que la leucoplasie utérine est rare. Oppenheim, Letulle et Jayle (1909) publient de nouvelles observations qui servent de fond à la thèse de Mlle Rubinovitch (Paris, 1910). Son étude est délaissée jusqu'en 1926; seul paraît, en 1922, le cas d'Audry et Suquet, utilisé dans la thèse de ce dernier (Toulouse, 1922). Mais la question est reprise, et paraissent les observations d'Audry (1926), Mériel (1927). Puente, qui estime à une vingtaine le nombre de cas dans la littérature médicale en 1928, ajoute trois nouvelles observations en 1931. Hinselmann publie quatre cas (1928). Landesmann et Enoch un cas (1929). Il faut ajouter à cela les observations de Gellhorn (1929) et de Touraine (deux cas en un an à l'hôpital Broca).

Ces renseignements sont empruntés à A. Touraine (*Syphilis et cancer du col de l'utérus. Paris Médical*, mai 1932, p. 207-210.)

Mais toutes ces leucoplasies du col utérin sont des leucoplasies cliniquement visibles. « Or, écrit Audry, j'ai été surpris de la quantité d'altérations leucoplasiques que révélaient des examens microscopiques. »

Or, les examens microscopiques nécessitent soit une biopsie, soit une intervention.

Hinselmann et Schuller Meyer parent à cet inconvénient et montrent combien sont fréquentes les leucoplasies si l'on sait les rechercher systématiquement à l'aide d'une technique spéciale. Nous empruntons à MM. Hamant et Chalnot les lignes suivantes, qui résument parfaitement les travaux d'Hinselmann :

« Hinselmann se sert d'un appareil ingénieux qu'il nomme colposcope, composé essentiellement d'une jumelle à prisme et d'un appareil d'éclairage assez puissant. Avec cet instrument, on peut examiner en relief un col utérin à une distance de 30 centimètres environ et avec un grossissement de 10 à 30 diamètres.

» On peut ainsi déceler des leucoplasies de petite dimension, qui sont intéressantes à découvrir, car, pour Hinselmann, elles sont capables, au même titre que les plaques de large surface, de dégénérer en carcinome.

» Les leucoplasies se rencontrent pour cet auteur dans un ou deux cas sur 100, lorsqu'on examine ainsi toutes les femmes venant à une consultation de gynécologie.

» Sur 60 examens que nous avons pratiqués au Service de clinique chirurgicale de l'Hôpital central de Nancy, nous en avons rencontré 1 cas. »

Si l'on admet ces chiffres, on voit que la fréquence de la leucoplasie utérine (1 à 2 p. 100) se rapproche considérablement de la fréquence du cancer du col utérin.

Les premiers auteurs avaient observé quelques cas indiscutables de transformation carcinomateuse de la leucoplasie du col utérin et ont généralisé, en se basant sur l'analogie qui existe entre la leucoplasie buccale et celle du col utérin.

Ainsi ont fait Hutchinson et Bernard. Franceschini, cité par Laffont, conclut : ... de même que chez l'homme, le cancer le plus fréquent est celui de la bouche et de la langue, chez la femme, c'est celui du col utérin. »

Ozenne dit seulement : « Comme toute localisation leucoplasique, elle crée des conditions favorables au développement de l'épithélioma. »

Puente dit ne pas pouvoir conclure car les éléments de l'équation leucoplasie et cancer sont encore mal connus.

Cependant, on connaît des cas longuement suivis de leucoplasie transformée en cancer, notamment ceux de Verdalle et Labadie Lagrave.

Forgue et Massabuau, dans leur *Traité de gynécologie*, citent une observation de Batuaud où l'évolution cancéreuse d'une leucoplasie a été observée.

On peut ajouter les cas de A. d'Hotmann, de Villiers et L. Thérèse, de Jayle et Bender (obs. VIII) de Suquet, de Gellhorn (obs. VII).

Touraine a étudié la question de plus près : « Sur 29 observations utilisables que j'ai dépouillées, dit-il, 12 se sont terminées par un épithélioma, soit 41 p. 100. »

On peut donc conclure que la transformation néoplasique de la leucoplasie du col est chose courante. Cependant ceci ne peut permettre d'affirmer que le cancer du col succède toujours à une leucoplasie : « On ne peut manquer d'être frappé, dit Mériel, de la rareté des cas où l'on signale, à côté du cancer, l'existence d'un stade leucoplasique prénéoplasique. »

Il indique que « cela peut tenir à un examen trop tardif de la maladie, la leucoplasie ayant été remplacée par le cancer; ou bien la leucoplasie du col siège-t-elle à un endroit inaccessible à la vue et a-t-on affaire à une forme endo-utérine ? Cette transformation s'expliquant par la métaplasie en épithélium pavimenteux de l'épithélium cylindrique, transformation analogue à celle que subit l'urètre à la suite de la blennorragie ». Nous ajouterons une troisième raison : la leucoplasie discrète peu visible cliniquement ou complètement invisible ne peut être remarquée avant le cancer.

De tous ces faits et chiffres, on peut donc conclure que,

selon l'expression de MM. Hamant et Chalnot, la « leucoplasie, au col de l'utérus, comme ailleurs, constitue, à n'en pas douter, un stade précancéreux par excellence, sinon la première phase d'évolution du cancer ».

Nombreux, d'autre part, sont les auteurs qui ont établi une relation entre la syphilis en général et le cancer utérin.

Nous n'insisterons pas sur ce chapitre, qui dépasse le cadre de la syphilis tertiaire du col utérin. Rappelons simplement que Touraine constate :

1° Que les antécédents syphilitiques décelés par l'anamnèse chez les femmes atteintes de cancer du col sont fréquents;

2° Que, si l'on ne trouve pas de façon nette la syphilis chez la femme, on peut la mettre très souvent en évidence :

a) chez son conjoint;

b) chez son ascendance ou sa descendance;

3° Que des statistiques importantes montrent que le cancer du col utérin compte parmi les plus fréquents et que l'âge des malades se rapproche de l'âge moyen des cancers observés chez des syphilitiques.

4° Que la recherche systématique du B.-W. chez les cancéreuses donne, pour Bertrand, de Bruxelles, 68,5 p. 100 de réactions positives (70 cas : 48 B.-W. positifs), Audry et Suquet (62 p. 100), au total, 67 p. 100, chiffres qui ne laissent pas d'être impressionnants si l'on considère le nombre de B.-W. négatifs dans les syphilis anciennes.

En résumé, si l'on considère la fréquence des antécédents syphilitiques chez les femmes porteuses d'un cancer du col utérin; si l'on admet que la leucoplasie, manifestation vraiment syphilitique, se rencontre très souvent, si l'on sait la dépister systématiquement, et que sa transformation en cancer est indubitable, il nous faut conclure, avec Touraine :

La syphilis conduit au cancer du col de l'utérus par l'intermédiaire des lésions locales spécifiques, véritables états précancéreux, comme sur les autres muqueuses orificielles.

C'est tantôt une gomme ulcérée, plus souvent une leucoplasie.

Nous n'avons garde d'affirmer, avec Pfeiffer et Jacquemart, que le cancer du col n'est qu'une manifestation de syphilis tertiaire ou quaternaire. Seule, la découverte de l'agent causal du cancer pourrait trancher la question.

En attendant, redisons, avec Fournier : « La vérole est un branle-bas dans l'économie, un branle-bas susceptible d'exciter tous les vices organiques, d'éveiller toutes les diathèses, aussi devient-elle le plus souvent le point de départ de phénomènes ou d'accidents qui, comme nature, lui sont tout à fait étrangers. » Nous dirons simplement : lui « semblent » tout à fait étrangers.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Nous ne pouvons mieux faire que de citer en tête de ce chapitre ce qu'écrivait le Professeur Fournier au sujet de la symptomatologie des lésions syphilitiques de l'estomac :

« S'il est une vérité bien établie par les recherches modernes, c'est que la syphilis est bien loin de se traduire partout et toujours par des symptômes spéciaux. Elle n'en a que pour ses manifestations extérieures, appréciables à l'œil, mais elle n'en a pas en tant qu'expression d'accidents viscéraux. Alors qu'elle affecte les viscères, elle ne se traduit que par des troubles fonctionnels d'ordre commun. Je mets au défi qu'on cite à propos des viscéropathies spécifiques, un seul symptôme spécial qui n'appartienne qu'à la syphilis et que la syphilis soit seule à produire... Exiger d'elle des symptômes spéciaux, c'est se condamner à ne la diagnostiquer jamais et à ne la reconnaître qu'à l'autopsie. » Les signes physiques sont constitués au col de l'utérus par les « seules manifestations extérieures et appréciables à l'œil » que nous avons essayé de décrire précédemment. Ces manifestations sont également accessibles au doigt, d'où nécessité, comme dans toute exploration gynécologique bien conduite, d'avoir systématiquement recours au spéculum et au toucher.

En ce qui a trait aux ulcérations, on pourra soupçonner la spécificité chaque fois qu'on constatera :

1° Un aspect diphtéroïde qui tranche nettement sur les parties voisines par sa coloration blanc grisâtre, mais ce signe serait infidèle.

2° Une disposition demi-cerclée de la lésion des contours circinés, qui souvent plus nette sur les muqueuses que sur la peau est une très forte présomption en faveur de la spécificité.

En ce qui concerne les lésions tertiaires quelles qu'elles soient, on pensera à la syphilis possible s'il y a :

3° Coexistence avec les lésions du col d'autres lésions tertiaires, quel que soit leur siège. Un examen systématiquement complet de la malade s'impose donc à l'occasion de toute affection suspecte du col.

Les signes fonctionnels sont nuls en ce qui concerne les gommes non ulcérées, la leucoplasie et la sclérose. « La matrice ne réagit pas et reste indifférente aux blessures de son col. » (Ozenne.) Il n'y a ici aucune perte. Il n'en est pas toujours de même lorsqu'il s'agit d'ulcérations et de gommes ulcérées : Laffont signale des pertes muco-purulentes à peine teintées de sang, rares il est vrai. Ozenne et Puente n'en font pas mention, mais Gellhorn dans deux cas montre l'abondance des pertes sanglantes lorsqu'il y a gommes ulcérées. Elles peuvent revêtir l'aspect de véritables hémorragies.

Remarquons cependant qu'il peut y avoir coexistence possible d'affections du corps utérin et qu'il peut être difficile de rapporter ces pertes à leur véritable cause.

Aucune douleur ne vient attirer l'attention dans la syphilis tertiaire du col. Aucune sensibilité ni spontanée, ni provoquée par le toucher et le coït, tous les auteurs sont d'accord sur ce point. Cependant nous avons une observation (obs. III) où la malade présentait des douleurs qui ont régressé sous l'influence d'un traitement antisyphilitique. C'est certainement l'unique observation dans la littérature médicale où la syphilis tertiaire du col soit douloureuse.

En résumé, si on peut se baser sur quelques signes physiques pour soupçonner la syphilis, les signes fonctionnels, le plus souvent inexistants, ne sont d'aucun secours.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Nous ne reviendrons pas sur l'aspect clinique des lésions, ni sur leur marche, ni sur leurs caractères.

Nous dirons simplement que, pour faire ce diagnostic, il suffit, en présence d'une affection du col qui semble suspecte et qui ne fait pas ses preuves, de penser à la syphilis tertiaire du col.

Ce sera donc un diagnostic d'élimination; mais il ne faudra pas oublier que, si la syphilis tertiaire du col, mise à part la leucoplasie, d'ailleurs facilement reconnaissable, est beaucoup moins fréquente que les autres affections du col, elle ne constitue cependant pas une exception.

Il faudra chercher systématiquement la syphilis dans les anamnestiques. Nous ne nous illusionnons pas sur les difficultés que cela comporte, soit que la malade dissimule, soit qu'elle ait oublié les premières phases de sa vérole, soit que cette vérole soit passée inaperçue.

Si la syphilis est avouée, il faudra s'enquérir si le traitement a été suffisant ou insuffisant. Un traitement régulier et bien conduit diminue les chances d'apparition d'accidents tertiaires.

Si elle est inavouée, les fausses couches répétées, la polylétalité infantile seront surtout à mettre en évidence.

On fera un examen systématique et complet, dans le but de découvrir d'autres accidents tertiaires coexistants, qu'ils soient cutanés ou muqueux : ulcérations syphilitiques tertiaires, gommes, périostites, lésions intranasales ou pharyn-

gées, affections médullaires, rénales ou viscérales quelconques.

On cherchera, enfin, les stigmates d'hérédo-syphilis.

On ne négligera pas les examens de laboratoire. Les réactions sérologiques (B.-W., Hecht) seront cependant sujettes à caution, et on ne leur accordera que l'importance qu'elles méritent; elles ne permettront pas, en effet, d'éliminer le diagnostic de cancer, dans lequel nous avons vu qu'elles sont si souvent positives. D'autre part, elles sont souvent négatives dans les vieilles véroles, comme le montrent nos observations (obs. II et IV).

La ponction lombaire devra être pratiquée, ainsi que l'examen du liquide céphalo-rachidien, dans lequel on recherchera l'hyperalbuminose et l'hyperlymphocytose.

La présence de *Spirocheta pallida* est à rechercher dans les lésions ulcérées, mais elle est rare dans les accidents tertiaires.

Enfin, la biopsie doit être faite systématiquement. L'aspect histologique sera parfois formel, indiquera seulement d'autres fois une présomption en faveur de la spécificité (obs. III), souvent il éliminera définitivement le cancer (obs. III), dans d'autres cas, il laissera un doute en faveur d'une tuberculose du col.

En aucun cas, il ne dispensera d'un traitement d'épreuve. Lui seul permettra d'affirmer de façon formelle la syphilis tertiaire du col par la rapidité et l'intensité de son action, à l'exclusion de tout autre traitement local.

En résumé, nous pouvons poser comme règles, avec Iribarne et Rubinstein :

1° Dans toute lésion du col utérin dont la symptomatologie ne coïncide pas avec un processus de diagnostic bien défini, il faut songer à la syphilis tertiaire;

2° Toute lésion du col utérin à évolution silencieuse paraît être une syphilide tertiaire;

3° Dans tout épithélioma du col de l'utérus, il faut rechercher la syphilis;

4° La réaction de Bordet-Wassermann ne peut ni confirmer, ni infirmer un diagnostic de syphilis tertiaire;

5° L'examen histo-pathologique est nécessaire pour porter un diagnostic de syphilis tertiaire (mais non toujours suffisant);

6° L'absence de *Spirocheta pallida* dans une lésion n'invalide pas le diagnostic de syphilis;

7° Le traitement d'épreuve est seul capable d'affirmer un diagnostic de syphilis tertiaire.

Diagnostic différentiel.

De tous les symptômes que nous venons de passer en revue, aucun n'est pathognomonique de la syphilis tertiaire du col utérin et, en pratique, nombreuses sont les affections auxquelles le clinicien pensera avant de soupçonner la spécificité.

Epithélioma. — Nous ne reviendrons pas sur les rapports qui existent entre la syphilis tertiaire et le cancer du col. Nous indiquerons seulement les principaux éléments de diagnostic entre la forme ulcéreuse et la forme gommeuse de la syphilis du col, d'une part et le cancer du col ulcéré, d'autre part.

D'après Gellhorn et Ehreufest, sur 21 cas de formes ulcéreuses ou de gommes ulcérées, on pensa 14 fois au cancer. Les observations III et IV montrent avec quel ensemble les auteurs qui les publient pensent, en premier lieu, au diagnostic de cancer, quitte à l'infirmer ensuite.

« Quoi d'étonnant que ce diagnostic soit très difficile, quand il s'agit d'une lésion utérine, c'est-à-dire d'une lésion sur un organe qui ne se prête qu'imparfaitement à la palpation et à un examen complet, alors que ce diagnostic est parfois incertain pour les lésions ulcéreuses de la langue, qui cependant ne se soustrait à aucun de nos moyens d'investigation. » (Ozenne.)

L'âge ne sera pas d'une grande utilité pour le diagnostic. S'il est vrai que de très jeunes femmes puissent présenter des manifestations tertiaires, il est plus normal de les constater chez des malades dont l'âge se rapproche de celui des cancéreuses.

Barthélemy indique les éléments de diagnostic suivants : « Le toucher fera sentir, dans le cas d'ulcération de la tumeur épithéliomateuse, une base d'une dureté extrême, mais sèche, mais limitée, qui ne ressemble en rien à la dureté ligneuse, étendue à toute la région, comme on le constate dans la syphilis.

» D'ailleurs, les syphilides tertiaires sont des ulcérations sans tumeur véritable, tout au plus à base rénitente engorgée, infiltrée, mais cette base ne donne pas, comme dans le cancer, la sensation d'une tumeur sous-jacente à l'ulcération.

» La dureté et l'épaisseur des bords sont moindres aussi dans la syphilis que dans le cancer, lequel donne lieu aussi, plus tard, à des pertes de sang plus considérables.

» L'ulcération du cancer n'est jamais de forme régulière; elle est plus rouge, plus violacée et plus fongueuse, plus inégale de fond; elle sécrète une sanie ischoreuse, plus diffluente, plus fétide, plus abondante, enfin, elle est souvent entamée, bordée de végétations plus bourgeonnantes, papillomateuses, champignonneuses, etc. »

Il est quelques-uns de ces éléments de diagnostic qui ne sauraient actuellement être pris en considération, si l'on songe à l'intérêt qui existe de reconnaître le cancer au début. On ne peut donc attendre l'apparition des pertes de sang considérables, ni de la sanie fétide et ischoreuse, pas plus que l'infiltration des paramètres. Mais la petite hémorragie de sang rouge, répétée, provoquée par la canule, le coït, le spéculum, le doigt qu'on retirera ramenant du sang, s'opposera à l'absence de toute perte dans la syphilis tertiaire du col ou à la présence de petites pertes muco-sanguinolentes, qui ne seront influencées par aucun contact.

Il faudra donc, sans plus attendre, faire une biopsie, qui presque toujours, permettra d'éliminer le néo. On sera amené à faire pratiquer une réaction de Wassermann, mais nous avons dit combien souvent le B.-W. était positif dans le cancer du col utérin, et les observations (II et IV) montrent qu'il est fréquemment négatif dans les vieilles véroles. On sera conduit, en dernier ressort, à pratiquer le traitement d'épreuve.

Nous voudrions préciser de suite la durée de ce traitement. Il ne doit pas être trop prolongé, sous peine, au cas de cancer, de reculer la date d'une opération qui doit être, avant tout, précoce. Il faut, d'autre part, laisser à ce traitement un temps suffisant pour pouvoir, en cas de syphilis, apprécier son action. Les auteurs (Laffont, J. Gaté et Christy, Le Lorier, Meyer, P. Durel, Gellhorn, Ehrenfest, Hinselmann) sont d'accord pour fixer entre quinze et vingt jours le délai nécessaire. La lésion a, en général, nettement régressé au bout de ce temps si la lésion est spécifique (obs. I).

Enfin, on n'oubliera pas la transformation fréquente en cancer des accidents tertiaires, gommes ulcérées particulièrement, si l'on met à part la leucoplasie, qui ne prête pas à confusion avec le cancer : « On redoutera une évolution maligne quand l'ulcération devient végétante et surtout saignante. » (Touraine.)

Tuberculose. — Les ulcérations tuberculeuses sont peu fréquentes sur le col utérin. On n'en connaît que quelques cas purs. Le plus souvent, les deux trompes sont atteintes en même temps que le col.

Le premier stade se présente sous forme de grains transparents, opaques, jaunâtres; le deuxième se manifeste sous forme d'ulcérations inégales ou anfractueuses, à fond gris jaunâtre; ces ulcérations sont recouvertes d'un enduit granuleux et entourées d'un semis de granulations, comme on l'observe autour d'une ulcération linguale de même nature. On comprend que, sous cette dernière forme surtout, la tuber-

culose du col puisse prêter à confusion avec la forme ulcérative de la syphilis tertiaire du col (obs. III).

Néanmoins, l'ulcération spécifique présente des bords moins anfractueux. La coloration grisâtre, diphtéroïde, qu'on rencontre souvent dans les cas d'ulcérations syphilitiques, s'oppose à la coloration jaunâtre de la lésion tuberculeuse.

« Enfin la sensibilité marquée du processus bacillaire, les caractères histologiques et l'inoculation au cobaye permettront d'éliminer la tuberculose du col. » En attendant les résultats de l'inoculation, Puente conseille de mettre en œuvre un énergique traitement antisyphilitique.

Métrite parenchymateuse. — Nous ne pouvons mieux faire que de citer ici les paroles du Professeur Fournier : « Les syphilides ulcéreuses sont, en général, plus creuses, notablement plus creuses que les ulcérations inflammatoires, lesquelles, à vrai dire, consistent bien plus souvent en des érosions qu'en des ulcérations véritables. Elles sont moins granuleuses, plus lisses et plus plates de fond...

» Elles ont parfois un contour composé de segments de cercles, disposition que ne présentent jamais les ulcérations inflammatoires. Elles s'irradient de l'orifice du col moins régulièrement que les ulcérations inflammatoires, lesquelles, en général, rayonnent de ce point d'une façon excentrique et régulière.

» Elles ne s'accompagnent pas, comme font ces dernières, en beaucoup de cas, de tuméfaction du col, d'hypertrophie utérine, de sensibilité morbide de l'organe, de douleurs névralgiques péri-utérines, de troubles menstruels, d'hémorragie, etc. En un mot, tandis que les ulcérations inflammatoires du col sont, le plus souvent, des ulcérations sur un utérus malade à divers degrés, les syphilides ulcéreuses sont, au contraire, des ulcérations sur un utérus sain, sauf coïncidence morbide bien entendu.

» Elles sont plus facilement résolutives que les ulcérations de la métrite. Ces dernières sont, en général, rebelles, et rebelles parce qu'elles ne sont que le symptôme d'une mala-

die utérine. Les syphilides ulcéreuses, au contraire, qui intéressent l'utérus, guérissent d'une façon relativement facile. »

On pourra ajouter la recherche des agents susceptibles de produire ces métrites (gonocoques, colibacilles, entérocoques, etc.).

Enfin, l'examen anatomo-pathologique tranchera la question.

Chancre syphilitique du col. — Certaines variétés de lésions ulcéreuses tertiaires peuvent simuler le chancre du col. Ce sont celles qui sont circonscrites, solitaires et indurées. Ces trois caractères étant précisément ceux du chancre induré.

Ozenne donne comme caractères différentiels : « Les bords moins abrupts dans la syphilis tertiaire du col, une base dont la consistance n'est pas celle de l'induration proprement dite, cette consistance étant élastique, et un fond plus jaunâtre, et non pas rouge, comme on l'observe pour le chancre.

Mais il faut avouer que ces caractères sont, à proprement parler, des nuances, plutôt que des éléments de diagnostic différentiel.

On ne pourra se baser sur l'adénopathie satellite du chancre. Les ganglions lymphatiques du col sont situés dans le ligament large et sont indécelables cliniquement.

On sera donc conduit à rechercher la coexistence sur la malade d'autres manifestations tertiaires (on n'oubliera pas, en particulier, le système nerveux).

Enfin, on aura recours à l'ultra-microscope. Il est bien rare de voir des tréponèmes dans les lésions tertiaires.

Nous n'insisterons pas sur ce diagnostic, qui, quel qu'il soit, amène le praticien à faire bénéficier son malade des bienfaits d'un traitement spécifique.

Chancre mou. — Le chancre mou du col est parfois le véritable sosie de la syphilis ulcéreuse du vagin. Différents auteurs ont donné des caractères morphologiques différentiels. Ils semblent de bien peu de valeur, et l'on ne peut s'y fier efficacement.

Les greffes de voisinage, l'auto-inoculation à distance, la recherche du bacille de Ducrey, sont des signes plus sûrs et qu'il faudra rechercher.

Fibrome. — « Une gomme non ulcérée, s'accroissant dans l'épaisseur de la portion sous-vaginale du col et formant une tumeur dure, bien circonscrite, indolente, est capable de faire croire à l'existence d'un petit fibrome. Le doute est de peu de durée si l'on se rappelle que le fibrome, plus gros, en général, que le noyau d'une gomme, a une consistance plus ferme, moins sèche, qu'il est bien isolé et fait davantage corps avec le parenchyme du col, donnant à la lèvre, dans laquelle il se développe, une forme plus ou moins cylindrique et allongée. » (Ozenne.)

Fausse leucoplasie. — La leucoplasie doit être distinguée de la fausse leucoplasie signalée par Jayle et Bender (*Presse médicale*, 21 avril 1906). Ils en donnent la description suivante : « Chez les femmes atteintes de métrite chronique, on constate assez communément sur le col, au pourtour ou au niveau de son orifice ou sur l'une de ses lèvres, des plaques blanches, opalines, de forme parfois lenticulaire et plus fréquemment irrégulière, dont le contour se confond insensiblement avec la muqueuse voisine; au lieu de plaques, on peut rencontrer des bandes de même aspect. A la simple inspection, ces plaques ressemblent à des plaques leucoplasiques vraies, mais elles s'enlèvent aisément par le frottement, et, au microscope, on les trouve formées par un coagulum fibrineux, englobant un plus ou moins grand nombre de leucocytes et des cellules épithéliales desquamées. » En somme, ce sont des plaques exsudatives qui n'existent jamais à l'état isolé, mais en même temps que d'autres manifestations de métrite, qui font faire le diagnostic.

Lichen. — Puente fait remarquer que le lichen produit aux joues des efflorescences prêtant à confusion avec la leucoplasie : « Peut-être, dit-il, ne serait-il pas aventureux de supposer qu'au col de l'utérus semblables manifestations

puissent se présenter, bien que nous ne les ayons jamais observées. »

Hypertrophie du col. — Nous emprunterons à Ozenne ce dernier diagnostic différentiel : « Quelques variétés d'hypertrophie du museau de tanche ne doivent pas être confondues avec la sclérose à sa première phase, c'est-à-dire à sa phase hypertrophique. Telles sont l'hypertrophie scléro-kystique et l'hypertrophie postménopausique. Dans la première, qui est de consistance ferme, il n'est pas rare de constater que le col prend la forme d'une massue ou d'un battant de cloche. Outre que cet aspect est différent de l'uniformité de grosseur de la sclérose, on relève dans les antécédents des symptômes manifestes de métrite chronique.

L'hypertrophie postménopausique, qui est consécutive à l'époque rapprochée de la suppression des règles, ne se rencontre que par exception. C'est d'habitude l'atrophie de tout l'organe qui survient après la ménopause... quand le col en est le siège (d'hypertrophie); il est de règle que l'utérus soit, de même, envahi dans sa totalité par la sclérose, quelle qu'en soit la cause, qui donne au tissu utérin un caractère presque ligneux... »

.....

Nous ajouterons qu'il est rare de confondre la syphilis tertiaire du col avec les petites lésions de cervicité externe ou d'herpès vésiculeux.

Enfin, on a signalé un cas d'actinomycose du col utérin. On pensera à ce dernier diagnostic, dont on ne peut évidemment préciser les caractères différentiels sur le vu d'une seule observation.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Nous ne pouvons ici entrer dans le détail. Ce serait exposer le traitement de la syphilis tertiaire en général.

I. — *Traitement curatif.*

Nous indiquerons seulement qu'on a tout d'abord employé le mercure sous toutes ses formes (Laffont) (mercure métallique, sels insolubles et surtout sels solubles) et par toutes les voies (pilules, frictions, injections). On y a associé l'iodure.

L'arsénobenzol, le bismuth, sous plusieurs formes (obs. I, II, IV), soit séparément, soit de façon combinée, ont été plus récemment employés.

Toutes ces médications ont donné d'excellents résultats. Elles semblent, dans les observations, avoir été employées avec un égal succès, en ce qui concerne les formes ulcéreuses et gommeuses.

La leucoplasie et la sclérose, formes fixées, émancipées pour une part de leur cause syphilitique, seront peu influençables par le traitement. Sous son influence, néanmoins, les formes légères pourront quelque peu régresser; les formes les plus accentuées seront aussi justiciables d'un traitement antisyphilitique susceptible, sinon de les améliorer, du moins d'arrêter, dans une certaine mesure, surtout en ce qui concerne la leucoplasie, leur évolution maligne.

Il ne faut pas, en effet, oublier que la leucoplasie est un stade précancéreux.

C'est pourquoi, lorsque la plaque est limitée, certains

auteurs n'hésitent pas à pratiquer l'amputation de cette plaque (obs. V). Hinselmann, qui, au début, n'a pas fait cette amputation systématiquement, considère actuellement cette conduite comme une faute.

Cependant, chez les femmes jeunes, susceptibles de maternité, si la biopsie montre un aspect nettement bénin, on sera autorisé à suivre sa malade régulièrement et à pratiquer un examen périodique, tous les six mois, par exemple.

En tout cas, l'intervention chirurgicale, pas plus que le traitement local, ne dispenseront de la cure antisyphilitique, ni de la surveillance suivie de la malade, dans le but de dépister toute transformation maligne au début.

II. — *Traitement local.*

Ne sera qu'adjuvant. Il se réduira dans les formes gommeuse, ulcéreuse et scléreuse à quelques injections faiblement antiseptiques.

Dans la leucoplasie du col, on a proposé, comme dans la leucoplasie buccale, les lavages alcalins, la cautérisation ponctuée. L'opportunité de ce traitement local est discutée. Les caustiques seraient à craindre, comme susceptibles d'exciter la dégénérescence cancéreuse.

III. — *Traitement prophylactique.*

Extrêmement important, il a été merveilleusement formulé par Franceschini :

« Soumettre les femmes syphilitiques à un traitement régulier durant les premières années de l'infection, dans le but de les garantir contre les manifestations tertiaires.

» Eliminer les causes : malpropreté, leucorrhée, sécrétions anormales, abus sexuels, coït, qui, par leur lente et continuelle irritation, peuvent provoquer des manifestations tertiaires.

» Apprendre aux femmes syphilitiques qu'une toilette intime soigneuse peut écarter d'elles les dangers d'une forme tardive, et les avertir que tout petit malaise utérin doit être soigné, afin qu'il ne les expose pas à d'autres accidents plus graves.

» Examiner systématiquement et périodiquement le vagin des femmes syphilitiques, afin de surprendre dès le début et de traiter ainsi tout de suite ces manifestations tertiaires, dont elles pourraient être atteintes.

» Pratiquer des traitements plus énergiques, plus prolongés et des examens gynécologiques plus rigoureux et plus fréquents chez les femmes syphilitiques qui sont fatalement prédisposées au tertiarisme par suite de leurs dispositions individuelles organiques.

» Instituer le traitement d'épreuve dans ces formes gynécologiques communes qui peuvent être simulées par la syphilis tertiaire. »

Enfin, au traitement spécifique, on ajoutera un traitement tonique et hygiénique, destiné à relever l'état général du malade.

CHAPITRE VII

OBSERVATIONS

Observation I (Inédite).

(M. le Professeur agrégé Joulia.)

L..., 24 ans, fille soumise, vient consulter, en 1920, parce qu'elle présente, tout autour de la vulve, des plaques papulo-hypertrophiques, à la suite desquelles est demeurée une pigmentation encore visible.

Elle reçoit une série de novarsénobenzol.

Puis non traitée jusqu'en mai 1922 (B.-W. + + + +), où elle reçoit à nouveau du novar. Elle se fait soigner à peu près régulièrement jusqu'en août 1923. Elle présente à ce moment un chancre mou de l'anus et une métrite. En octobre 1923, le traitement novarsénobenzolique est repris (B.-W. + + + +).

Elle revient en juillet 1924 (B.-W. + + + +), est traitée au bismuth. Elle en reçoit quelques piqûres.

On ne la revoit qu'en novembre (B.-W. + + + +), où elle revient pour métrite purulente.

En mai 1925 (B.-W. négatif), présente une métrite purulente et une urétrite. Grosse adénopathie inguinale bilatérale du volume d'un œuf de pigeon, indolore, l'orifice du méat est ulcéré, avec une goutte de pus. Au-dessous du capuchon du clitoris, on note une cicatrice probablement de chancre mou.

Le col est énorme, ulcéré sur tout le pourtour de l'orifice cervical. Cette ulcération est profonde. De grosses glaires verdâtres s'échappent de l'orifice du col.

Traitée par pansements du col utérin et vaccin polyvalent.

En août 1925 (B.-W. négatif). Revient pour bartholinite chronique gauche et urétrite. Col énorme, couleur normale, pertes purulentes abondantes.

La malade disparaît pendant quatre ans, sans recevoir aucun traitement, et revient en janvier 1929 (B.-W. + + + +) pour urétrite chronique légère.

Le col est gros avec des sécrétions muqueuses.

On lui fait du sulfarsénol. Elle sort de l'hôpital à la troisième piqûre et revient en janvier 1932 (B.-W. + + + +).

On commence un traitement novarsénobenzolique. La malade présente un purpura arsénobenzolé.

Le 1er février 1932, elle présente sur la partie droite du col utérin une ulcération en croissant à concavité tournée vers la gauche et entourant l'orifice du col, mais bien séparée de cet orifice et sans aucun rapport avec lui. Sa coloration est rouge avec des îlots de couleur grisâtre, un peu diphtéroïdes. Les contours sont d'un rouge plus foncé, polycycliques et nettement limités.

Pas de signes de métrite appréciables; œdème à la grande lèvre droite sans cause immédiate visible; présence de ganglions inguinaux.

A ce moment, elle raconte un syndrome de syncope et asphyxie locale survenant chaque fois qu'elle touche l'eau et dont le début remonterait à deux ans.

Rien à signaler au point de vue système nerveux.

On porte le diagnostic de syphilis tertiaire ulcéreuse probable.

On commence une cure de Quimby soluble.

Le 4 février, on constate sur la partie gauche du col utérin une ulcération ovoïde, discrète, d'allure générale semblable à celle de la précédente.

La malade reçoit, du 8 février au 10 mars, 10 ampoules de Quinby soluble.

Le 22 février, on note déjà une grosse amélioration.

Le 3 mars, elle est très améliorée, les lésions sont réduites des deux tiers.

La malade sort le 14 mars.

Observation II.

(MM. J. Gaté et Christy, *Lyon médical*, CXLI, 1928, p. 263.)

Cette observation concerne une malade hospitalisée aux Chazeaux en septembre 1927.

Cette dernière était envoyée pour une ulcération du col utérin. Cette malade, qui ne présentait rien à relater dans ses antécédents, racontait qu'elle était porteuse d'une lésion ulcéreuse du col de l'utérus depuis un mois environ. C'est à l'occasion d'une visite médicale qu'on s'était aperçu de cette affection. Elle ne ressentait, disait-elle, aucune douleur.

A l'examen, on constatait sur la lèvre antérieure du col une ulcération de la dimension d'une pièce de 50 centimes. Cet accident était plat, de plain-pied avec les tissus voisins et un peu proéminent.

Les bords, remarquables par leur régularité, n'étaient ni décollés ni déchiquetés et se continuaient directement avec les tissus environnants.

Il existait une induration sous-jacente manifeste. Bref, les attributs classiques du chancre syphilitique étaient en jeu.

Plusieurs fois, nous avons recherché le tréponème par la méthode Fontana-Tribondeau. Nous ne l'avons jamais trouvé.

Par ailleurs, nous ne relevons pas d'autres accidents dermatologiques. Les examens des autres appareils étaient négatifs, sauf celui du système nerveux.

A l'examen somatique du système nerveux, en effet, nous relevons deux choses : une inégalité pupillaire d'abord, en faveur de la pupille droite, dont le réflexe accommodateur seul était conservé; en deuxième lieu, cette malade présentait une abolition du réflexe achilléen droit, le gauche étant très faible. Les autres réflexes tendineux étaient normaux. Il n'existait pas de symptômes subjectifs sensitifs. Pas d'autres signes radiculaires, ni d'incoordination tabétique. La ponction lombaire ne décelait ni hyperalbuminose, ni hyperlymphocytose, ni B.-W. positif.

De même, cette réaction était négative dans le sang.

Etant donnés ces signes nerveux, témoignant d'une syphilis ancienne, nous avons porté le diagnostic d'ulcération spécifique tertiaire malgré le caractère chancriforme de la lésion.

Le traitement novarsénobenzolique, dès les premières injections, amena d'ailleurs la cicatrisation rapide de la lésion.

Observation III.

(P. Bürger, *Strasbourg médical*, n° 5, 15 févr. 1933.)

Il s'agit d'une femme de 42 ans, adressée à l'hôpital par son médecin pour érosion suspecte avec adénopathie inguinale droite. La malade se plaint de pertes rosées depuis une dizaine de jours. En même temps, elle a vu se développer une petite tuméfaction douloureuse dans l'aine droite.

Entre 18 et 40 ans, elle a eu huit accouchements à terme, avec tous enfants vivants et bien portants.

L'examen général ne présente aucune particularité. Légère adénite inguinale droite assez sensible.

Le toucher vaginal fait constater un col un peu gros, plutôt mou, velouté sur toute sa surface. L'utérus est trapu, en bonne antéflexion mobile, les annexes sans particularité. A l'inspection au spéculum, on voit une érosion étendue, un peu sale, muriforme, d'apparence banale, mais saignant excessivement facilement au moindre toucher. Ce fait nous paraît suffisamment suspect pour faire une biopsie dans l'idée qu'il pourrait s'agir d'un cancer au début.

Mais l'examen histologique nous montra un tissu, non pas néoplasique, mais diffusément infiltré et, disposées dans l'infiltration lymphocytaire, de rares cellules géantes. On pose le diagnostic de tuberculose atypique et se propose de faire une hystérectomie. Entre temps, l'examen du sang pratiqué systématiquement chez toute malade donne un B.-W. positif. L'examen microscopique d'un prélèvement pratiqué sur l'érosion reste négatif, au point de vue des tréponèmes.

En somme, et sans abandonner le diagnostic de tuberculose, nous préférâmes faire soumettre la malade à une cure antisyphilitique avant l'opération, surtout qu'il n'y avait pas urgence, vu l'affection relativement superficielle et pas très importante. Le médecin traitant lui fit une première cure de novarsénobenzol et de bismuth, et, celle-ci terminée, nous représenta la malade.

Or, le col était absolument normal, l'érosion avait complètement disparu, il n'en restait plus aucune trace.

D'après ce succès thérapeutique, il s'est agi incontestablement d'une affection syphilitique que nous devons considérer comme la forme infiltrative diffuse de la phase tertiaire.

Observation IV.

(MM. Le Lorier, Maurice Meyer et P. Durel, *Bull. Soc. obst. et gyn.*, janv. 1934.)

Nous communiquons l'observation d'une femme atteinte, au cours de la grossesse, de syphilis tertiaire du col de l'utérus, dont la nature a pu être déterminée par des tests cliniques, anatomiques et thérapeutiques.

Mme B... (R.), 30 ans, consulte, le 7 novembre 1932, à la Maternité de Port-Royal, au cours du troisième mois de sa deuxième grossesse (dernières règles, 1er au 5 août 1932). Depuis le début de la gestation, se sont produits des troubles ne répondant pas à l'évolution d'une grossesse physiologiquement normale : écoulements sanguinolents, douleurs et altération marquée de l'état général. Les pertes sont apparues depuis le début d'octobre. Elles sont roses ou brunâtres, mais toujours fétides; les douleurs permanentes fatiguent considérablement la malade, dont l'amaigrissement très marqué a coïncidé avec le début de la grossesse, sans pouvoir être attribué à des vomissements qui sont, pour ainsi dire, inexistants.

L'état général est si médiocre que la femme, au moment de la consultation, présente un état presque cachectique sans température.

A l'examen physique, le corps utérin gravide à un développement régulier, correspondant à l'âge de la grossesse. Par contre, le col, très modifié, est le siège d'une tumeur volumineuse, dure, qui remplit et distend toute la moitié supérieure du vagin : la constatation de cette masse chez une malade dont l'état général a rapidement baissé fait d'abord penser à un cancer développé sur un col utérin gravide.

La femme est hospitalisée, le 10 novembre, à la Maternité, et des examens successifs permettent d'établir les faits suivants :

Par le toucher vaginal, on précise que la tumeur déforme complètement le col, dont le volume atteint environ celui d'une mandarine; sa surface est rendue irrégulière par des formations mamelonnées, développées surtout à droite et en avant.

La consistance est d'une dureté ligneuse uniforme. Enfin, la pression ne détermine aucune douleur.

A ce caractère, qui pourrait faire pencher le diagnostic vers une néoplasie, s'ajoutent d'autres signes qui ne concordent pas avec une pareille hypothèse :

1° la tumeur ne saigne pas au contact et le doigt ne ramène pas de sang;

2° les culs-de-sac latéraux sont souples, dépressibles, offrant un contraste frappant avec l'énorme infiltration cervicale;

3° l'utérus a gardé sa mobilité normale, ce qui pourrait faire confirmer l'impression, déjà perçue, que l'infiltration est strictement limitée au col et n'intéresse aucunement les tissus péri-utérins.

Au spéculum, l'aspect n'est pas celui d'une néoplasie : le col est transformé en chou-fleur développé asymétriquement, de telle façon que l'orifice du canal cervical est reporté tout à fait en arrière et à gauche.

La muqueuse qui le recouvre est anormale par sa coloration vineuse et par la présence de trois ulcérations superficielles irrégulières, de contour polycyclique, limitées par des bords linéaires et à fond jaunâtre, rappelant celui des ulcérations tuberculeuses. Aucune hémorragie ne se produit spontanément au contact du spéculum, pas plus sur la muqueuse que sur les ulcérations.

Le diagnostic de néoplasie paraissant improbable, on procède à des examens complémentaires qui donnent peu de renseignements.

L'hypothèse de métrite hypertrophique ne paraît appuyée ni par les antécédents (la malade, examinée quelques semaines avant la grossesse, avait un col normal), ni par l'examen bactériologique des sécrétions, qui montre des organismes sans caractères bien définis (ni gonocoques, ni colibacilles, ni entérocoques).

Celle d'une tuberculose du col ne paraît pas à retenir, en raison de l'aspect infiltrant des lésions, de l'absence d'antécédents bacillaires et du résultat de la réaction de floculation, qui, pratiquée à l'Institut prophylactique par le Docteur Machton, donna un indice normal de 14.

En ce qui concerne la Σ, les réactions sérologiques (B.-W. et Hecht) sont négatives, mais on retrouve dans les antécédents de la femme deux faits douteux : le procréateur a eu, deux ans auparavant, un ptosis transitoire, et la grossesse précédente s'est terminée par un avortement spontané.

La biopsie prélève deux fragments, qui sont envoyés à l'Institut du cancer et examinés par le Docteur Durand. Celui-ci nous adresse le compte rendu suivant :

« Ulcération inflammatoire subaiguë recouverte d'une épaisse couche de tissu purulent et nécrotique. Le chorion est le siège de lésions inflammatoires subaiguës et chroniques disposées en formations nodulaires avec quelques cellules ressemblant un peu à des cellules épithélioïdes. En plusieurs points, les plaques lymphoïdes sont disposées au voisinage des vaisseaux dont l'endartère est hyperplasiée et, en un ou deux points la lumière obstruée. L'hypothèse d'une néoformation maligne est complètement à rejeter : il s'agit d'une ulcération inflammatoire subaiguë dans laquelle la disposition nodulaire des cellules lymphoïdes et l'atteinte vasculaire permettent de faire des réserves, en faveur d'une possibilité d'infiltration dite spécifique. »

L'examen d'une zone voisine du même col fait par le Docteur Duranté, chef du Laboratoire d'anatomie pathologique de la Maternité, avait donné un résultat absolument comparable et concluait

en ces termes : « Aucune trace de néoplasme; par contre, une métrite ancienne scléreuse et des foyers inflammatoires périvasculaires, qui rendent très probable la nature syphilitique de ces lésions. »

Dans ces conditions, on applique une médication antisyphilitique, à titre de traitement d'épreuve du diagnostic. Le 18 novembre 1932, on fait une injection de 0 g. 15 de novarsénobenzol. La malade présente une réaction cutanée et générale assez vive, obligeant d'interrompre ce traitement. Devant la nécessité de faire un traitement très énergique, on utilise un bismuth hydrosoluble, cette forme permettant d'agir vigoureusement, sans risquer des accidents d'accumulation que les compositions oléosolubles ou insolubles auraient pu faire craindre chez une malade aussi fragile. On procède à une série d'injections de bismuthotartrate uranié, à raison de 3 ampoules de 4 cm³ chaque semaine.

Quinze jours après le début du traitement, grosse amélioration. Localement, la tumeur s'est réduite des deux tiers de son volume pendant ce laps de temps. En même temps, sa surface s'est totalement modifiée : la muqueuse a une coloration rose normale et les ulcérations ont complètement disparu; la seule anomalie distinguant encore ce col d'un col normal résulte de la perte de substance, due à la biopsie récemment faite; enfin, l'orifice cervical a repris sa situation centrale en raison de la véritable fonte des masses d'infiltration qui le déplaçaient peu de jours auparavant.

L'état général s'est en même temps amélioré : les douleurs ont disparu, la femme a un visage reposé. Elle a pris du poids, enfin, la grossesse évolue normalement.

Ce succès thérapeutique confirme l'hypothèse de syphilis tertiaire du col, malgré la négativité de nouvelles réactions sérologiques pratiquées chez le mari et chez la femme elle-même. Chez cette dernière, on aurait pu penser que la première série d'injections pratiquées aurait pu jouer le rôle de réactivation.

Pendant le cours de la grossesse, qui évolue régulièrement, une deuxième et une troisième série d'injections antisyphilitiques sont pratiquées (18 ampoules de 4 cm³ de bismuth) et 2,20 de sulfarsénol qui est cette fois bien toléré.

La femme rentre à nouveau dans le service le 23 mars 1933 porteuse d'une grossesse d'environ huit mois avec un gros excès de liquide tendu : la hauteur utérine est de 40 centimètres, et l'on trouve une gestation gémellaire.

Accouchement le 4 avril 1933. Au début du travail, le col, complètement effacé, a des bords minces et réguliers. Le tissu cervical et celui du segment inférieur sont d'une souplesse normale et, en aucun point, on ne trouve trace de la zone précédemment infiltrée.

La dilatation suit un cours normal et régulier. La poche des eaux reste intacte jusqu'à une dilatation avancée. L'accouchement se fait sans difficulté, donnant naissance à deux jumeaux du sexe féminin, prématurés, pesant 2.460 et 1.460 grammes.

Délivrance naturelle d'un placenta biamniotique et univitellin pesant 780 grammes.

Tous les caractères de cet accouchement (excès de liquide, gemellité du même sexe, prématurité et disproportion fœto-placentaire) apportent encore une confirmation de syphilis.

Après l'accouchement, le col, examiné sous le contrôle des valves, est de coloration et de consistance normales sur toute sa circonférence; il existe une légère déchirure antérieure et gauche intéressant à peine la moitié de la hauteur du col.

Après la période puerpérale, la femme a été soumise à une nouvelle série d'injections de bismuth en vue de prévenir une reprise éventuelle du processus spécifique. Les enfants ont été également traités par la pommade mercurielle et le sulfarsénol. Ils se sont développés de façon satisfaisante...

La lésion observée chez notre malade répond au type de syphilis tertiaire du col. On peut la ranger parmi les gommes diffuses ou infiltrations gommeuses du col.

Observation V.

(P. Meriel, service du Professeur Audry, *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, août-sept. 1927.)

T..., 26 ans, mécanicienne en chaussures. Réglée à 13 ans régulièrement. Mariée à 23 ans. Une fausse couche de trois mois, il y

a deux ans et demi. Après la fausse couche, la malade a vu apparaître et persister un faible écoulement vaginal, non influencé par les règles. En même temps, survinrent des douleurs abdominales très vives, paroxystiques, bien influencées par le repos. Un médecin posa le diagnostic de métrite et fit quelques pansements. Le traitement dura un mois environ jusqu'en juin 1925. Ce traitement avait été interrompu pendant quinze jours par un voyage, à la suite duquel la malade fut examinée à nouveau, et le médecin lui déclara alors qu'elle avait au niveau du col une plaque de leucoplasie de l'étendue d'une pièce de 50 centimes.

La malade présente ensuite une nouvelle crise abdominale qui l'amena à la consultation de l'Hôtel-Dieu au mois d'août 1926. La leucoplasie fut constatée et l'on fit pratiquer une réaction de Wassermann qui fut trouvée positive. L'examen de la peau, des muqueuses et des organes était négatif. On mit la malade en traitement (cure de novarsénobenzol). C'est à ce moment qu'elle fut envoyée dans le service du Professeur Audry.

La plaque de leucoplasie occupait la lèvre postérieure du col et semblait étalée comme une tache de bougie à l'orifice externe. Recouverte d'un enduit blanchâtre, elle pouvait alors s'enlever par lambeaux, à la curette. Nous fîmes revenir la malade au bout d'un mois; la plaque de leucoplasie ne s'était pas étendue, mais il était impossible de la détacher de la muqueuse, qui saignait si le curettage était trop violent.

Notre malade se décide alors à faire enlever cette plaque. Sous rachianesthésie, M. le Professeur Mériel l'enleva en coin et fit une suture au catgut de la brèche utérine. Les suites opératoires furent excellentes.

La pièce a été immédiatement fixée dans l'alcool et dans le formol bichromate. Coloration hématoxyline-éosine safran et van Gieson (Dr Chatellier). A un faible grossissement on note : sur les bords de la lésion, peu de modifications de la morphologie de l'épithélium, mais peu à peu on arrive dans les altérations de la leucoplasie elle-même. Il y a épaississement de l'épithélium, qui devient par endroits acanthosique et bourgeonnant. Le derme est le siège d'une infiltration modérée, surtout dans la zone papillaire.

L'infiltration est représentée par des manchons cellulaires périvasculaires. Dans la profondeur, aucun signe d'inflammation. A un plus fort grossissement les altérations épithéliales sont plus nettes. Il y a une couche cornée abondante soutenue d'une granuleuse bien développée. La couche malpighienne ne présente pas d'altérations. Quelques cellules possèdent cependant un noyau hypertrophié.

Par places, les vacuoles périnucléaires sont très nombreuses, donnant un aspect clair à l'épithélium. Pas de cellules monstrueuses, pas de formes de dyskératose. Par endroits, véritable œdème épidermique qui dissocie les couches cellulaires. En résumé, lésion de leucokératose pure. Les altérations dermiques sont présentement tout à fait effacées, et il est impossible d'y découvrir des stigmates de syphilis, ce qui s'explique facilement par les traitements suivis.

Observation VI.

(M. Demarez, *Bull. Soc. obst. et gyn.*, n° 6, juin 1934.)

Chez une femme de 53 ans examinée pour d'abondantes pertes blanches et sanglantes, on découvre un néoplasme du col utérin au début, greffé sur des plaques de leucoplasie absolument typiques. Il n'existe aucune infiltration des paramètres. L'examen de la pièce après hystérectomie totale confirme le diagnostic clinique, en montrant un épithélioma malpighien du type intermédiaire dans un stroma fibreux, au voisinage d'un épithélium kératosique et hyperplasié.

Recherchant les facteurs étiologiques de ces lésions, nous relevons une irritation locale permanente, due à une vieille métrite du col négligée surajoutée à une syphilis certaine de la malade, qui, sur six grossesses, n'a gardé que deux enfants vivants, a accouché une fois d'un prématuré mort et a présenté un hydramnios. A noter en outre des séquelles oculaires de kératite interstitielle et une langue scrotale typique.

Toutefois, les examens sérologiques dans le sang et le liquide céphalo-rachidien sont restés négatifs.

Observation VII.

(Gellhorn, *Journal Am. médical Association*, Chicago, 1926, LXXVII, p. 1812-1816.)

Une négresse, âgée de 38 ans, fut admise à l'Hôpital du cancer, avec une énorme gomme du col de l'utérus, qui ne régressait pas sous l'influence du traitement antisyphilitique. J'essayai d'amputer le col, mais j'échouai, en raison des dimensions énormes de la tumeur. Après avoir prélevé une partie du col, j'ai laissé le reste guérir. La malade resta dans un bon état de santé, sans autre traitement plus poussé, pendant plus d'un an, quand des manifestations cliniques de cancer du col apparurent soudain. La mort arriva en quelques mois. L'examen histologique fut pratiqué deux fois, avant et après la mort, et confirma l'apparence de dégénérescence maligne.

Observation VIII.

(Gellhorn, *Journal Am. médical Association*, Chicago, 1926, LXXVII, p. 1812-1816.)

Une négresse, âgée de 35 ans, fut admise à l'hôpital avec une ulcération typique, à allure extensive; autour de cette ulcération existait une plage très marquée de leucoplasie. Une pièce enlevée montra à l'examen histologique que l'ulcération était simplement une inflammation chronique et confirma la leucoplasie. Le traitement antisyphilitique ne fut pas bien supporté et ne donna aucun résultat. Cinq mois et demi plus tard, une seconde biopsie fut faite. A ce moment, le microscope révéla des cellules carcinomateuses, et des granulomes typiques. La malade alla rapidement de plus en plus mal et mourut trois mois après.

Observation IX.

(Jayle et Bender (résumée *in* Mériel), *Annales de dermatol. et syphiligr.*, août-sept. 1927.)

Il s'agit d'une femme de 39 ans qui présente tous les signes cliniques du cancer du col. Le toucher vaginal montre l'existence d'une masse bourgeonnante et saignant au moindre contact.

L'examen au spéculum montre qu'à côté du cancer qui a envahi la lèvre postérieure, il existe une partie qui paraît indemne, mais qui offre une coloration blanche qui tranche sur la coloration rouge des régions envahies par le néoplasme. Il existait, en outre, des taches blanches disséminées au niveau des régions envahies par le cancer.

L'examen biopsique pratiqué a montré qu'il s'agissait « d'un épithélioma pavimenteux très végétant ».

Au niveau de la plaque de leucoplasie on notait l'existence d'une couche cornée très épaisse, au-dessous de laquelle se dessine un *stratum granulosum* formé de cinq à six couches de cellules. Le derme est infiltré de leucocytes. Les taches blanches qui recouvraient par place les régions déjà envahies par le cancer, présentaient un aspect analogue, mais, au lieu de former une couche régulière, l'épithélium présentait de nombreux bourgeons qui s'enfonçaient dans la profondeur.

Observation X.

(Gellhorn, *Journal Am. méd. Association*, Chicago, 1926, LXXVII, p. 1812-1816.)

Très intéressante est cette observation. Une blanche âgée de 34 ans, dont les règles étaient tout à fait normales et qui ne présentait aucune irrégularité ni aucune perte de sang, portait, sur la lèvre antérieure du col, et nettement séparée de l'orifice externe du col, une ulcération syphilitique typique, nettement surélevée. Cette ulcération était entourée d'une mince zone de démar-

cation rouge. Elle était brillante, d'une coloration jaune clair, parsemée ici et là de petits points rouges. Mais il n'y avait pas de sang provoqué par le toucher. L'histoire de la malade, l'allure clinique générale et la réaction de Wassermann confirmèrent le diagnostic de syphilis.

La malade avait consulté quelques jours avant un médecin qui avait suspecté un cancer et prélevé un fragment biopsique qu'il avait envoyé au laboratoire. Elle vint me consulter, je diagnostiquai une syphilis et envoyai un autre fragment biopsique au laboratoire.

Le premier histologiste fit le diagnostic de cancer, le second celui de syphilis. J'étudiai ensuite moi-même les coupes et constatai que tous deux avaient raison. Il était arrivé ceci : sur cette ulcération syphilitique, un carcinome s'était développé, et cela si récemment qu'il n'avait pas encore altéré l'apparence générale de l'ulcération. C'est probablement la première observation dans la littérature gynécologique, qui montre la coexistence d'une ulcération syphilitique et d'un cancer du col.

Sous l'influence d'un énergique traitement antisyphilitique, l'état général de la malade s'améliora, mais l'ulcération commença à saigner franchement au toucher. Elle perdit graduellement sa coloration jaunâtre du début et prit l'apparence d'une tumeur cancéreuse.

La patiente me quitta, mais je sais de source sûre qu'elle subit trois traitements par le radium et que, deux ans et demi après, elle était encore vivante.

CONCLUSIONS

I. — La syphilis tertiaire du col utérin sous ses formes ulcérative, gommeuse et scléreuse, tout en restant une rareté, est loin cependant d'être une exception.

II. — A condition de pouvoir la rechercher systématiquement, avec une instrumentation adéquate, la constatation de la leucoplasie est très fréquente.

III. — Il existe des relations nettes entre, d'une part, la syphilis en général et la leucoplasie du col utérin, et d'autre part cette leucoplasie et le cancer du col utérin.

IV. — Ceci permet de conclure que la syphilis prépare le lit du cancer du col par l'intermédiaire de la leucoplasie.

V. — Mais ne permet pas d'affirmer, avec Pfeiffer et Jacquemart, que le cancer n'est qu'une manifestation syphilitique ternaire ou quaternaire.

VI. — Le diagnostic de syphilis tertiaire du col est souvent, à cause de l'absence de signes fonctionnels et physiques nets, un diagnostic d'élimination, auquel on doit toujours penser en présence d'une affection du col utérin.

VII. — Le diagnostic est à faire surtout entre la syphilis tertiaire et le cancer du col, pour l'intervention que ce dernier entraîne et son pronostic fâcheux.

VIII. — Seul, le traitement d'épreuve permet bien souvent d'affirmer la nature syphilitique de la lésion.

IX. — La fréquence des cancers succédant à des manifestations syphilitiques tertiaires, à la leucoplasie en particulier, pose, pour les femmes qui en sont atteintes, la question d'une intervention opératoire et, en tout cas, indique la nécessité d'une surveillance gynécologique constante.

Vu, bon a imprimer
Le Président,
J. GUYOT.

Vu : *Le Doyen,*
Pierre MAURIAC.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 6 décembre 1934.
Le Recteur de l'Académie,
A. TERRACHER.

BIBLIOGRAPHIE

Audry. — Sur la fréquence et l'importance de la syphilis utérine. *Paris médical*, n° 41, 9 oct. 1926, p. 277, et *Bruxelles médical*, 1927, p. 612.

Barthélemy (I.). — Syphilis tertiaire, acquise ou héréditaire, des organes génitaux internes de la femme. Congrès de Paris, Epinal, 1900.

Blanc. — Sur la rigidité syphilitique du col de l'utérus. Soc. des sciences méd. de Lyon, févr. 1891.

Brioude. — Sclérose de l'utérus. Thèse Paris, 1896.

Brocq. — Lichen plan des muqueuses et leucoplasies. *Presse médicale*, 22 mai 1919.

Burger (P.). — Manifestations syphilitiques au niveau du col utérin. *Strasbourg médical*, n° 5, 15 févr. 1933.

Carranza. — Un cas de leucoplasie utérine. *Revista dermatologica*, t. XI, 1925-1926, p. 211.

Castano (C.-A.). — Sifilis uterina y annexial en la mujer. *Dia med.*, 3, 401, 15 déc. 1930.

Doléris. — Rigidité du col syphilitique. *Arch. de tocologie*, 1885, p. 317-319.

Duparcque. — Traité des maladies de la matrice, t. I, 1833.

Demarez. — Cancer du col et leucoplasie. *Bull. Soc. obst. et gyn.*, n° 6, juin 1934.

Fasola. — Contribution à l'étude de l'induration et de la sclérose syphilitique des organes génitaux de la femme. *Ann. Univer. de médecine*, Milan, 1886.

Forgue et Massabuau. — Traité de gynécologie.

Fournier. — Leçons sur la syphilis tertiaire à l'Hôpital de Lourcine. *Journal Ecole de médecine*, 1885.

— De la syphilis chez la femme. *Gaz. des hôpitaux*, mars 1881.

— Traité de la syphilis. Paris, 1898.

Franceschini. — A propos de la syphilis utérine (Lettre au professeur La Torre). *Della clinica ostetrica*, fasc. III, 1905.

— L'origine syphilitique de quelques cancers utérins. *Annales des maladies vénériennes*, nov. 1906.

Gaté (J.). et Christy (H.). — Syphilis tertiaire du col utérin à type d'ulcération. *Lyon médical*, CXLI, 1928, p. 263.

Gellhorn (G.) et Ehrenfest (H.). — Syphilis des organes génitaux internes de la femme. *Trans of the americ gyn.*, Philadelphie, 1916, t. XVI, p. 129.

Gellhorn (G.). — Syphilis of the cervix. *Journ. Am. med. Assoc.*, Chicago, 1926, LXXVII, 1812-1816.

— Syphilis and cancer of uterus. *Am. Journ. syph.*, 13, 1, 29 janv. 1929.

Hamant et Chalnot. — Les leucoplasies du col utérin. *Bull. Soc. obstétrique et gynécologie*. Séance 20 janv. 1932, p. 304-305.

Hinselmann (H.). — Ein weiterer Fall von syphilitischer veränderüng der Portio. *Zentralblatt für gynekologie*, XLVII, 1934, p. 1324.

— Zür Klinischen Diagnose und Histologie der luetischen Plaques der Portio. *Zentralblatt für gynekologie*, 52, 282-285, 4 févr. 1928.

Hotmann de Villiers et Thérèse (L.). — Une forme peu commune d'altération épithéliale du col de l'utérus. I^er^ Congrès internat. de gyn. et obst., Genève, 1896, 2^e^ vol., p. 225.

Hutchinson. — Cancer et syphilis. *Med. Times and Gaz. London*, IV, p. 337.

Iribarne (J.) et Rubinstein (A.). — Syphilis gommeuse du col de l'utérus. *Bull. Soc. obst. et gynéc.*, 17, 890, nov. 1928.

Isaac. — La syphilis du col utérin. *Klin. Woch.*, n° 5, 1891, p. 130.

Jayle et Bender. — La leucoplasie utérine. *Presse médicale*, n° 32, avril 1906.

Jayle et Bender. — La leucoplasie de la vulve du vagin et de l'utérus. *Revue de gyn. et de chir. abdom.*, n° 6, 10 déc. 1905, p. 963.

Kohrer. — Sclérose syphilitique de la partie vaginale de l'utérus. *Monatschrift f. geb. und gyn.*, vol. LXIII, cah. 23, juin 1923.

Labadie-Lagrave et Legueu. — Traité médico-chirurgical de gynécologie. Paris, 1898, p. 681.

Laffont. — Syphilis tertiaire acquise ou héréditaire de l'utérus et de ses annexes. Thèse Paris, 1908-1909, n° 21.

Letulle. — Utérus de syphilitique. Soc. anat., Paris, déc. 1906.

Letulle et Jayle. — Leucoplasie du col de l'utérus. Soc. anat. de Paris, juin 1909.

Le Lorier, Meyer (Maurice) et Durel (P.). — Communication. *Bull. Soc. obst. et gyn.*, janv. 1934.

Martin. — Contribution à l'étude des rigidités anatomiques cicatricielles et syphilitiques du col utérin. Thèse Lyon, 1905.

Massia (A.). — Gomma ulcerata della cervice uterina in sifilis ereditaria. *Minerva med.*, Torino, 1925, 1070-1075.

Mériel (P.). — Leucoplasie sursyphilitique de l'utérus et cancer. *Annales de dermat. et syphil.*, août-sept. 1927.

Mottola (F.). — Sulle lesioni sifilitiche del collo dell utero. *Rivista d'ostet. e ginec.*, prat. II, 15-30, mars 1929.

Ozenne. — Syphilis de l'utérus et de ses annexes. Masson, édit., 1920.

Paucot. — Syphilis et cancer. *Bull. Soc. obst. et gyn. de Paris*, n° 3, mars 1934.

Portis. — Syphilis de l'utérus et de ses annexes. *Surg. gyn. and obst.*, juill. 1923.

Proust et Pottet. — Hystérectomie abdominale subtotale pour sténose syphilitique du col. *C. R. Soc. obst. et gynécol.*, VIII, 1906, p. 222.

Puente (J.-J.). — Sifilis de cuello de utero. *Boll. Soc. de obst. y ginec.*, 9, 124-202, 16 juill. 1930.

Robineau (Mlle). — Contribution à l'étude de la syphilis utérine. Congrès gyn. obst. et péd., Rouen, 1904.

Rubinovitch (Mlle). — Contribution à l'étude de la leucoplasie utérine. Thèse Paris, 1909-1910, n° 207.

Rubinstein (A.). — Contribucion al estudio de la sifilis terciara del cuello del utero. *Rev. med. Latino amer.*, XIII, 1928, p. 1077.

Suquet. — Cancer du col de l'utérus et syphilis. Thèse Toulouse, 1922.

Touraine (A.). — Syphilis et cancer du col de l'utérus. *Paris médical*, I, 207-210, 5 mai 1932.

Verdalle. — Trois cas de leucoplasie du col utérin. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôpitaux de Paris*, 1903, p. 555.

18796. — Bordeaux, Imprimerie-Librairie de l'Université, 6, pl. St-Christoly. — 1934.